

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2966520120210201174829

Processo 0800249-37.2021.8.23.0010 - (24 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
Realces					
Realçar Movimentos de:	<input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência				
Ocultar Movimentos:	<input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória				
Filtros					
Movimentado Por:	<input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor				
Sequencial(Intervalo):	<input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/>				
Descrição:	<input type="text"/>				
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9		500 por pág. 			
Seq.	Data	Evento		Movimentado Por	
<input type="checkbox"/> 9	01/02/2021 17:48:29	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador	
		9.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2779731CONTESTACAO01.pdf	Público
		9.2 Arquivo: docs	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2779731CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		9.3 Arquivo: kit seguradora lider	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA					
(Pelo advogado/curador/defensor de RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021) e ao evento de expedição seq. 7.					
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO					
Para advogados/curador/defensor de RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021)					
<input type="checkbox"/> 8	22/01/2021 00:00:54	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE		SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 7	11/01/2021 13:03:33	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL		ADILVANE BORSATTO Analista Judiciária	
<input type="checkbox"/> 6	11/01/2021 12:53:48	RECEBIDOS OS AUTOS		JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado	
<input type="checkbox"/> 5	08/01/2021 09:32:31	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR		SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 4	08/01/2021 09:32:31	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO		SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 3	08/01/2021 09:32:31	Registro de Distribuição		SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 2	08/01/2021 09:32:31	4ª Vara Cível		SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 1	08/01/2021 09:32:31	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL		MARLON TAVARES DANTAS Advogado	



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08002493720218230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTSE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **27/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **04/07/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descharacteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **27/04/2019**. Frisa-se que houve pagamento administrativo na no valor de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais.

Certo é que, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ³.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que decerto deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

³**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DO PAGAMENTO INTEGRAL

Cabe ressaltar que não há que se falar em recebimento de indenização em grau total, sem atentar-se que o autor já recebeu conforme a Lei 11.945/2009, ou seja, nos casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber além deste valor alegando novo sinistro e nova lesão, o que levaria a parte autora a beneficiar-se economicamente as expensas da ré e sob o manto do Poder Judiciário, não podendo receber além do limite máximo indenizável.

Sendo assim, não há que se falar em hipótese de condenação devido ao valor indenizatório ultrapassar o valor de R\$ 13.500,00, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50.

Conforme podemos observar, o autor recebeu cerca de R\$14.785,00 relacionados a sinistros anteriores:

20/11/2015

Recibo de Depósito para a Solicitação 10862839



DJO - Depósito Judicial Ouro

Nº DA PARCELA	Nº DA GUIA	DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF/ DIV)	Nº DA CONTA JUDICIAL
0	10862839	19-11-2015	3797-4	2600121368974
DATA DA GUIA	NUMERO DO PROCESSO		TRIBUNAL	TIPO DE JUSTIÇA
19-11-2015	0830194-16.2014.8.23.0010		TRIBUNAL DE JUSTICA	ESTADUAL
COMARCA	ORGÃO/VARA		DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)
BOA VISTA	1 VARA CIVEL RESIDUAL		REU	11.410,00
NOME DO RÉU/IMPETRADO			TIPO PESSOA	CPF/CNPJ
SEGURADORA LIDER			JURÍDICA	09.248.608/0001-
NOME DO AUTOR/IMPETRANTE			TIPO PESSOA	CRM/CNPJ
RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA			FÍSICA	15103846268
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
9F66815732304367				



2/2/2001, Lei nº 11.419/2006
Emissor: PJSWK 98942 F5XQ AW4QR

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

16/09/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000036470-6

Nr. da Autenticação 1B3FC4FAD6ABBFC

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000041544-0

Nr. da Autenticação BE5B5147817F6F2F

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, ATÉ O LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL DE R\$ 13.500,00 tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

DA FALTA DE CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL

No instituto da responsabilidade civil, a obrigação de indenizar está diretamente vinculada à comprovação real do dano, como regra mínima de convivência, o que não se verifica no caso em concreto.

Em que pese à parte autora alegar que faria ainda *jus* ao recebimento de indenização por danos morais, não há nos autos qualquer prova de que a parte autora ter sido acometida de abalo capaz de justificar a formulação do pedido de danos morais, o que dificulta até mesmo a formulação da defesa.

Nesse passo, à guisa de ilustração, faz-se remissão à lição do mestre CAIO MÁRIO DA SILVA PEREIRA, sobre o dano hipotético⁴.

⁴“É claro, então, que se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação” (in *Responsabilidade Civil, Forense*, 5^a ed., página 42).

Ainda que ilícito houvesse nem assim poderia a parte autora pretender indenizações, pela evidência de que suas consequências, no caso, não tiveram magnitude suficiente para caracterizar tecnicamente dano moral, conforme os precedentes pátrios⁵.

De fato, sentimentos como descontentamento, aborrecimento e inconformismo não podem ser confundidos com o dano moral.

Entendimento contrário ao aqui defendido implicaria inferir que, doravante, o vencido sempre terá de indenizar ao outro litigante um “dano moral” que o mesmo sofrera à conta do simples “transtorno” de haver utilizado a via judicial com vistas à satisfação do seu direito! Enfim, o dano moral seria uma consequência “direta” do inadimplemento da dívida e da propositura de uma ação judicial tencionando cobrá-la!

A Ré não praticou ofensa de qualquer gravidade e repercussão capaz de caracterizar o dano moral, que não basta ser alegado; precisa ser provado e comprovado.

Desta forma, a parte autora não faz jus a dano moral, conforme acima exposto.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

⁵“AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES. COMPLEMENTAÇÃO. DESPESAS EFETIVAMENTE COMPROVADAS. PAGAMENTO A MENOR. **DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS**. SENTENÇA CONFIRMADA. RECURSOS IMPROVIDOS. Cuida-se de ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT cumulada com indenização por danos morais em face de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, por conta de acidente automobilístico. (...) **Outrossim, não merece guarda o pedido autoral de reparação por danos extrapatrimoniais por conta do não pagamento integral do crédito. Isso porque, embora não se negue os aborrecimentos que a situação possa ter gerado, não logrou êxito o demandante comprovar que tenha sofrido qualquer ofensa à dignidade da pessoa humana, fato que ensejaria a indenização pretendida. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Recurso improvido.**” (TJ-RS - Recurso Cível: 71004775029 RS , Relator: Carlos Francisco Gross, Data de Julgamento: 25/02/2014, Quarta Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 26/02/2014)

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art.

^{1º}

(...)

^{72º} Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 25 de janeiro de 2021.

**SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR**

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRAADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08002493720218230010.

Rio de Janeiro, 25 de janeiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681235

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681235

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190681235**

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000041544-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

151.038.462-68 Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

6 - CPF:

788

151.038.462-68

7 - Profissão:

Pedreiro

8 - Endereço:

rua Edmilson José Costa

9 - Número:

601

Complemento:

11 - Bairro:

Equatorial

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

Roraima

14 - CEP:

69.317-314

15 - E-mail:

lidorboavista.pendencia@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

65

99117-5392

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR/ADO CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

10 SET 2019

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 41544

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

GENTE SEGUROADORA S/A

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

06 SET 2019

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência de condições de invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascrito (vainascer)? Sim Não31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data, 21 de Agosto 2019

Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

12 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

10 SET 2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR



06 SET 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020006/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/07/2019 12:28 Data/Hora Fim: 04/07/2019 12:51

Origem: Polícia Judiciária Data: 04/07/2019

Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 27/04/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cidade Satélite

Logradouro: RR-205

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Brejo Sexo: Masculino Nasc: 12/11/1951

Profissão: Pedreiro

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Viúvo(a)

Nome da Mãe: Raimunda Ribeiro da Costa

Nome do Pai: Severo Pereira da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 151.038.462-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Edmilson José da Costa

Nº: 738

Complemento: Casa

Bairro: Equatorial

Telefone: (95) 98102-4972 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	151.038.462-68	Placa	NAQ-4013
Renavam	01081940279	Número do Motor	KD08E1G205445
Número do Chassi	9C2KD0810GR205520	Ano/Modelo Fabricação	2016/2016
Cor	VERMELHA	UF Veículo	Roraima
Município Veículo	Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/NXR160 BROS ESDD
Modelo	HONDA/NXR160 BROS ESDD	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Raimundo Nonato Ribeiro da Silva	Proprietário



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020006/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado Nº 03185783190, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava na motocicleta de sua propriedade devidamente descrita acima, onde se deparou com uma manada de bois, vindo à colidir em um. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido por um equipe do SAMU até o HGR, para atendimento médico. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

DAT

04 JUL. 2019

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42099904
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Raimundo Nonato Ribeiro da Silva
(Vítima / Envolvido / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MOSTC

2 - ID ou Cartão do ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

151.038.462-68 Raimundo Norato Rebeiro da Silva

5 - Nome completo:

Raimundo Norato Rebeiro da Silva

151.038.462-68

7 - Profissão:

Pedreiro

Endereço:

rua Colunil José Costa

rua Colunil José Costa

11 - Domicílio:

Equatorial

Cidade:

Praia Vista

Praia Vista

15 - bairro:

Morro das Laranjeiras

Cidade:

Praia Vista

Praia Vista

18 - CEP:

59000-000

Cidade:

Praia Vista

Praia Vista

19 - Telefone:

3202-1234

Cidade:

Praia Vista

Praia Vista

20 - E-mail:

raimundorebeiro@mail.com

Cidade:

Praia Vista

Praia Vista

21 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTORE E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP NR 45/2002

22 - Nome completo do Representante Legal:

23 - CPF do Representante Legal:

Declaro, sob os termos da Lei de Direito, resguardando acima Informações, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIAS).

24 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 REUSO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.000,00 a R\$1.500,00
 R\$1.000,00 a R\$1.500,00 R\$1.501,00 a R\$2.000,00
 ACIMA DE R\$2.000,00

25 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTORE, CURADOR)

CONTENDO INDENIZAÇÃO - OPAT

 CONTA POUPANÇA (somente com os bancos abaixo, não use uma opção) CONTA CORRENTE (não use mais de uma)

CONTENDO INDENIZAÇÃO - OPAT

 Bradesco (232) Itaú (341) Banco do Brasil (003) Caixa Econômica Federal (104) Agência: 0653 Conta: 41544 Agência: _____ Conta: _____ Informar o número da agência Informar o número da conta Informar o número da agência Informar o número da conta Autorizo a Seguradora Lider a encilhar na conta bancária acima informada, da minha filha, filha de, o valor da indenização referente ao seguro de vida direito reconhecendo e dando, desde já, e de forma exposta e em face da credito, quitação total da dívida referente ao seguro de vida. Nome do BANCO: _____ Nome do BANCO: _____ Nome do BANCO: _____ 10 SET 2010 10 SET 2010 10 SET 2010 10 SET 2010 22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO MAL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE (R\$ 100,000,00) Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de preencher o laudo médico instituto MEC/MS, IMI, para a fins de comprovação da invalidez permanente: INSTITUTO MEC/MS, IMI, que atende a região do acidente ou de minha residência, ou: INSTITUTO MEC/MS, IMI, que atende a região do acidente ou de minha residência, ou: INSTITUTO MEC/MS, IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência e não realiza exames para laudo do Seguro DPVAT, ou: O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência e não realiza exames para laudo do Seguro DPVAT, ou: O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência e não realiza exames para laudo do Seguro DPVAT, ou: O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência e não realiza exames para laudo do Seguro DPVAT, ou: 08 SET 2010 08 SET 2010 08 SET 2010 08 SET 2010 DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE 23 - Endereço: 24 - Data de: 25 - Endereço: 26 - Vítima: 27 - Se a vítima é menor de idade, inserir o nome completo: 28 - Vítima: 29 - Vítima: 30 - Vítima: 31 - Vítima: 32 - Se a vítima é menor de idade, inserir o nome completo: 33 - Vítima: 34 - Vítima: 35 - Vítima: 36 - Vítima: 37 - Vítima: 38 - Vítima: 39 - Vítima: 40 - Vítima: 41 - Vítima: 42 - Vítima: 43 - Vítima: 44 - Vítima: 45 - Vítima: 46 - Vítima: 47 - Vítima: 48 - Vítima: 49 - Vítima: 50 - Vítima: 51 - Vítima: 52 - Vítima: 53 - Vítima: 54 - Vítima: 55 - Vítima: 56 - Vítima: 57 - Vítima: 58 - Vítima: 59 - Vítima: 60 - Vítima: 61 - Vítima: 62 - Vítima: 63 - Vítima: 64 - Vítima: 65 - Vítima: 66 - Vítima: 67 - Vítima: 68 - Vítima: 69 - Vítima: 70 - Vítima: 71 - Vítima: 72 - Vítima: 73 - Vítima: 74 - Vítima: 75 - Vítima: 76 - Vítima: 77 - Vítima: 78 - Vítima: 79 - Vítima: 80 - Vítima: 81 - Vítima: 82 - Vítima: 83 - Vítima: 84 - Vítima: 85 - Vítima: 86 - Vítima: 87 - Vítima: 88 - Vítima: 89 - Vítima: 90 - Vítima: 91 - Vítima: 92 - Vítima: 93 - Vítima: 94 - Vítima: 95 - Vítima: 96 - Vítima: 97 - Vítima: 98 - Vítima: 99 - Vítima: 100 - Vítima: 101 - Vítima: 102 - Vítima: 103 - Vítima: 104 - Vítima: 105 - Vítima: 106 - Vítima: 107 - Vítima: 108 - Vítima: 109 - Vítima: 110 - Vítima: 111 - Vítima: 112 - Vítima: 113 - Vítima: 114 - Vítima: 115 - Vítima: 116 - Vítima: 117 - Vítima: 118 - Vítima: 119 - Vítima: 120 - Vítima: 121 - Vítima: 122 - Vítima: 123 - Vítima: 124 - Vítima: 125 - Vítima: 126 - Vítima: 127 - Vítima: 128 - Vítima: 129 - Vítima: 130 - Vítima: 131 - Vítima: 132 - Vítima: 133 - Vítima: 134 - Vítima: 135 - Vítima: 136 - Vítima: 137 - Vítima: 138 - Vítima: 139 - Vítima: 140 - Vítima: 141 - Vítima: 142 - Vítima: 143 - Vítima: 144 - Vítima: 145 - Vítima: 146 - Vítima: 147 - Vítima: 148 - Vítima: 149 - Vítima: 150 - Vítima: 151 - Vítima: 152 - Vítima: 153 - Vítima: 154 - Vítima: 155 - Vítima: 156 - Vítima: 157 - Vítima: 158 - Vítima: 159 - Vítima: 160 - Vítima: 161 - Vítima: 162 - Vítima: 163 - Vítima: 164 - Vítima: 165 - Vítima: 166 - Vítima: 167 - Vítima: 168 - Vítima: 169 - Vítima: 170 - Vítima: 171 - Vítima: 172 - Vítima: 173 - Vítima: 174 - Vítima: 175 - Vítima: 176 - Vítima: 177 - Vítima: 178 - Vítima: 179 - Vítima: 180 - Vítima: 181 - Vítima: 182 - Vítima: 183 - Vítima: 184 - Vítima: 185 - Vítima: 186 - Vítima: 187 - Vítima: 188 - Vítima: 189 - Vítima: 190 - Vítima: 191 - Vítima: 192 - Vítima: 193 - Vítima: 194 - Vítima: 195 - Vítima: 196 - Vítima: 197 - Vítima: 198 - Vítima: 199 - Vítima: 200 - Vítima: 201 - Vítima:

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

CONFERE COM O ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA - SAMU 192



Anderson Tricéia Sírios
F.C. Emergencial SAMU
CORENRR 4.5.21

UNIDADE: BRAVO 5 EQUIPE: TE TEIXEIRA, CONVICTOR MACHIN

Paciente: DANILO NONATO RIBEIRO DA SILVA Idade: 68 Sexo: M F
Nacionalidade: Branca Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena-Etnia

Endereço: RR - 25000-000 SANTA ROSA

Ponto de referência:

CRIMOSA	Nº da Ocorrência:	5227	DATA	27/09/19	ACIONAMENTO:	08:09		
	Médico (a) Regulador (a):	FICHA DE ATENDIMENTO				HORA CHEGADA NO LOCAL (HH:MM):	08:23	
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no sentido do acidente)	MOTIVO:	<input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR <input type="checkbox"/> APOIO <input type="checkbox"/> OUTROS	MECANISMO DE TRAUMA					
	AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag	MOTO/BICICLETA	<input checked="" type="checkbox"/> Acidente com moto <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> passageiro	VIOLENCIA	<input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual	OUTROS	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Alt. Aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ anim <input type="checkbox"/> Outros: _____
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)	Vias Aéreas	Ventilação		Circulação	Aval. Neurológica			
	<input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input checked="" type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Abolida <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> Maciez	<input type="checkbox"/> Arrítmico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s <input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Alcoolizado				
SINAIS VITais E ESCORES								
Horas	P.A mm/Hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Inicio	16180	46	26	94	-	30	-	-
Fim	:	/						
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA								
Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Torax	Abdome			
<input type="checkbox"/> Cicatriz <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Fer. Penetranle <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Ferimento <input type="checkbox"/> ocular	<input type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerções	<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em lábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em lábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Abdome	
Pelve	Coluna Dorsal	Membros						
<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão	<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão	<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão	<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão	<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão	
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFFECTAO CLÍNICA			HISTÓRIA PREGRESA			
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Enxaquecas	<input type="checkbox"/> Medicamentos em uso <input type="checkbox"/> Cont. de Cetona Regresso SAMU 192	<input type="checkbox"/> Medicamentos em uso <input type="checkbox"/> Cont. de Cetona Regresso SAMU 192	<input type="checkbox"/> Medicamentos em uso <input type="checkbox"/> Cont. de Cetona Regresso SAMU 192	

CIEPA/ENTRE NT E	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

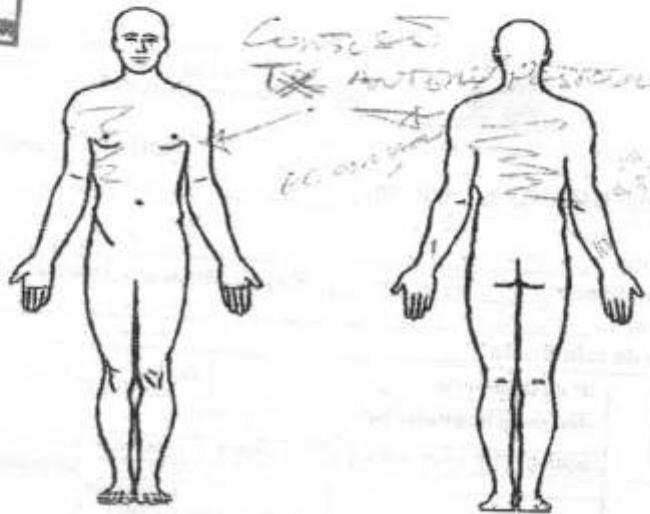
IG p/ semana: _____	GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
Perda de líquido: _____	MOVIMENTO DE SINISTROS - DPVAT BCP - CONTEUDO NAO VERIFICADO	01 - colar convic 01 - anel
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	10 SET 2019	

Abertura Ocular (O):	Espontânea	0 pontos
	Estímulo verbal	1 ponto
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
Melhor Resposta Motora (M):	Obedeço a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticada)	3 pontos
	Extensão (descerebrada)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto

TOTAL DE PONTOS **14**



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO
06 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capital Jefé Bezerra, 404 - Boa Vista - RR



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

06/09/2019 - Paciente acometido na madrugada dia 05/09/2019, com dor no lado esquerdo da face, de intensidade moderada, com duração de 12 horas. Foi ao pronto-socorro da UPA, onde foi atendido e medicado. Foi orientado para consulta com neurologista.

Anderson
2019

CONFERE COM O ORIGINAL
Francisco Elálio Carvalho de A. Neto
Médico CRM-RN 119
Coord. Geral Centro de Reabilitação, SAMU/102
Portaria 04/17/2019
JP

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000041544-0

Nr. da Autenticação 8E5B5147817F6F2F



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garozz, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Régime especial de Imprensa autorizada pela GERAL 366/13

Para contato
conosco informe
este número

0094396-7

Nº da Nota Fiscal

002910752

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

MAIO/2019

06/06/2019

362

374,28

RENIR OLIVEIRA DA SILVA
R. EDMILSON JOSE COSTA 738 EQUATORIAL
CPF: 00266105927215
CEP: 69.317-314 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.11.157100

DATA DE LEITURA	LEITURA	DATA DE LEITURA	LEITURA
Atual:	68618	Atual:	21/05/2019
Anterior:	68256	Anterior:	18/04/2019
Constante de Multiplicador:	1.000	Próxima Leitura:	18/06/2019
Consumo Último:	362	Entrega:	20/05/2019
Consumo Faturado:	362	Apresentação:	21/05/2019
	FCAM		

NORMAL

33

Classe/Subclasse	Usado	Número Medidor	Posto	Código P.M.	Média 12 meses
RESID. EX. RENDA	BI	2823025	N 14/2682	1.4.1.2	512
DETALHAMENTO DE CONSUMO					
Médiano consumo	COHISUNO	30 A R\$ 0,262144 =	7,86		
ABR/19	612	70 A R\$ 0,449385 =	31,45		
MAR/19	509	120 A R\$ 0,574084 =	80,89		
FEV/19	299	142 A R\$ 0,748975 =	106,35		
JAN/19	532	SUBVENCAO BAIXA RENDA - 50,23			
DEZ/18	517	CORRECAO MONETARIA DA 12/18-00	0,55		
NOV/18	573	DOACAO LBV - 0800 0555099	6,00		
OUT/18	640	CORRECAO MONETARIA IG 12/18-00	9,52		
SET/18	581	MULTA POR ATRASO DE I 12/18-00	3,03		
AGO/18	670	JUROS DE MORA POR ATR 12/18-00	1,39		
JUL/18	376	MULTA POR ATRASO 12/18-00	8,81		
JUN/18	376	PARCELAMENTO DE DEBITO 10/18	69,77		
MAR/18	355	JUROS DE MORA DE IMP 12/18-00	18,21		
JAN/18	355	ILUMINACAO PUBLICA	30,45		
DEZ/17	355				
NOV/17	355				
OUT/17	355				
SET/17	355				
AGO/17	355				
JUL/17	355				
JUN/17	355				
MAR/17	355				
JAN/17	355				
DEZ/16	355				
NOV/16	355				
OUT/16	355				
SET/16	355				
AGO/16	355				
JUL/16	355				
JUN/16	355				
MAR/16	355				
JAN/16	355				
DEZ/15	355				
NOV/15	355				
OUT/15	355				
SET/15	355				
AGO/15	355				
JUL/15	355				
JUN/15	355				
MAR/15	355				
JAN/15	355				
DEZ/14	355				
NOV/14	355				
OUT/14	355				
SET/14	355				
AGO/14	355				
JUL/14	355				
JUN/14	355				
MAR/14	355				
JAN/14	355				
DEZ/13	355				
NOV/13	355				
OUT/13	355				
SET/13	355				
AGO/13	355				
JUL/13	355				
JUN/13	355				
MAR/13	355				
JAN/13	355				
DEZ/12	355				
NOV/12	355				
OUT/12	355				
SET/12	355				
AGO/12	355				
JUL/12	355				
JUN/12	355				
MAR/12	355				
JAN/12	355				
DEZ/11	355				
NOV/11	355				
OUT/11	355				
SET/11	355				
AGO/11	355				
JUL/11	355				
JUN/11	355				
MAR/11	355				
JAN/11	355				
DEZ/10	355				
NOV/10	355				
OUT/10	355				
SET/10	355				
AGO/10	355				
JUL/10	355				
JUN/10	355				
MAR/10	355				
JAN/10	355				
DEZ/09	355				
NOV/09	355				
OUT/09	355				
SET/09	355				
AGO/09	355				
JUL/09	355				
JUN/09	355				
MAR/09	355				
JAN/09	355				
DEZ/08	355				
NOV/08	355				
OUT/08	355				
SET/08	355				
AGO/08	355				
JUL/08	355				
JUN/08	355				
MAR/08	355				
JAN/08	355				
DEZ/07	355				
NOV/07	355				
OUT/07	355				
SET/07	355				
AGO/07	355				
JUL/07	355				
JUN/07	355				
MAR/07	355				
JAN/07	355				
DEZ/06	355				
NOV/06	355				
OUT/06	355				
SET/06	355				
AGO/06	355				
JUL/06	355				
JUN/06	355				
MAR/06	355				
JAN/06	355				
DEZ/05	355				
NOV/05	355				
OUT/05	355				
SET/05	355				
AGO/05	355				
JUL/05	355				
JUN/05	355				
MAR/05	355				
JAN/05	355				
DEZ/04	355				
NOV/04	355				
OUT/04	355				
SET/04	355				
AGO/04	355				
JUL/04	355				
JUN/04	355				
MAR/04	355				
JAN/04	355				
DEZ/03	355				
NOV/03	355				
OUT/03	355				
SET/03	355				
AGO/03	355				
JUL/03	355				
JUN/03	355				
MAR/03	355				
JAN/03	355				
DEZ/02	355				
NOV/02	355				
OUT/02	355				
SET/02	355				
AGO/02	355				
JUL/02	355				
JUN/02	355				
MAR/02	355				
JAN/02	355				
DEZ/01	355				
NOV/01	355				
OUT/01	355				
SET/01	355				
AGO/01	355				
JUL/01	355				
JUN/01	355				
MAR/01	355				
JAN/01	355				
DEZ/00	355				
NOV/00	355				
OUT/00	355				
SET/00	355				
AGO/00	355				
JUL/00	355				
JUN/00	355				
MAR/00	355				
JAN/00	355				
DEZ/99	355				
NOV/99	355				
OUT/99	355				
SET/99	355				
AGO/99	355				
JUL/99	355				
JUN/99	355				
MAR/99	355				
JAN/99	355				
DEZ/98	355				
NOV/98	355				
OUT/98	355				
SET/98	355				
AGO/98	355				
JUL/98	355				
JUN/98	355				
MAR/98	355				
JAN/98	355				
DEZ/97	355				
NOV/97	355				
OUT/97	355				
SET/97	355				
AGO/97	355				
JUL/97	355				
JUN/97	355				
MAR/97	355				
JAN/97	355				
DEZ/96	355				
NOV/96	355				
OUT/96	355				
SET/96	355				
AGO/96	355				
JUL/96	355				
JUN/96	355				
MAR/96	355				
JAN/96	355				
DEZ/95	355				
NOV/95	355				
OUT/95	355				
SET/95	355				
AGO/95	355				
JUL/95	355				
JUN/95	355				
MAR/95	355				
JAN/95	355				
DEZ/94	355				
NOV/94	355				
OUT/94	355				
SET/94	355				
AGO/94	355				
JUL/94	355				
JUN/94	355				
MAR/94	355				
JAN/94	355				
DEZ/93	355				
NOV/93	355				
OUT/93	355				
SET/93	355				
AGO/93	355				
JUL/93	355				
JUN/93	355				
MAR/93	355				
JAN/93	355				
DEZ/92	355				
NOV/92	355				
OUT/92	355				
SET/92	355				
AGO/92	355				
JUL/92	355				
JUN/92	355				
MAR/92	355				
JAN/92	355				
DEZ/91	355				
NOV/91	355				</td

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 388/13

 Nº da Nota Fiscal **003121638**

 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MENS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/07/2019	705	579,07

JOSE HORACIO DO NASCIMENTO
AV GEN ATAIDE TEIVE 2748 02 LIBERDADE
CPF: 00024172596215
CEP: 69.309-000 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.02.027408

DADOS DA LEITURA		KWH	KVArh	DADOS DA LEITURA	
Atual:	41300			Atual:	24/06/2019
Anterior:	40595			Anterior:	27/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	24/07/2019
Consumo Medido:	705			Emissão:	19/06/2019
Consumo Faturado:	705	FCAM		Apresentação:	24/06/2019

NORMAL

28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	11EFD04342 N	1525102	1.1.1.2	916
HISTÓRICO kWh				DESCRIPÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo				CONSUMO 705 A R\$ 0,773664 =	545,43
MAI/19	881				33,64
ABR/19	1051				
MAR/19	903				
FEV/19	1039				
JAN/19	816				
DEZ/18	893				
NOV/18	1035				
OUT/18	1086				
SET/18	823				
AGO/18	955				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
0 A 705 - 0,534620					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes./Ano **05/2019** Valor R\$ **729,98** Unidade consumidora subiu a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/07/2019, em função das contas geradas nesta fatura. O não pagamento poderia ensejar também a indisponibilidade do consumo na SEFAZ. Informamos ainda existir(em conta(s) pendente(s) e/ou reavaliação(s) no valor de R\$ 895,79 (valor histórico). Caso fique efetuado o pagamento faltou descontar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 4CAD.F901.9153.C487.3F00.E303.A9CD.F457

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS / TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	138,49	Base de Cálculo:	545,43
Energia:	293,68	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	92,72
Encargos:	15,25	Valor do PIS:	0,93
Tributos:	98,01	Valor do COFINS:	4,36

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
0,00						

FLORESTA

04/2019 344,83

ROT: 5.001.12.02.027408

SEU CÓDIGO
0102074-9
TOTAL A PAGAR - R\$
579,07



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Denize Górcia Panta

Pelo exposto, eu Denize Górcia Panta, inscrito (a) no CPF/CNPJ 792.657.152/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Raimundo Nonato Ribeiro da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 151.038.462/08,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Raimundo Nonato R. da Silva,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Raimundo Nonato R. da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 151.038.462/08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

inserido (a) no CPF sob o Nº 151.038.462/08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Av. General Alaior Teive</u>	Número:	<u>2448</u>	Complemento:	<u>02</u>	
Bairro:	<u>Bairrada</u>	Cidade:	<u>Baixa Vista</u>	Estado:	<u>PR</u>	
E-mail:	<u>luderbaavista.pendencia@hotmail.com</u>				CEP:	<u>89.309.000</u>
					Tel.(DDD):	<u>(95) 99117-5392</u>

Local e Data:

Baixa Vista - PR 21 de Agosto 2019

Denize Górcia Panta
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 404 - Bento Vista - PR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 404 - Bento Vista - PR

GOVERNO DO ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL
Secretaria de Estado da Saúde
Instituto Estadual de Roraima - IEPAR / DIFC
Av. Brasil, 111 - Centro - CEP 96010-000

Место в списке	Название	Место в списке	Название
1	Марини	1	Марини
2	Ланни	2	Ланни
3	Аркти	3	Аркти
4	Мори	4	Мори
5	Лади	5	Лади
6	Лади	6	Лади

File / Help

11891102433 2016-02-08 09:25:37

FICHA DE ARENDAMIENTO

DURNO 24-15 2

"(elbow) moto x vaca"

Exame Físico _____ f. _____ b. _____ c. _____ d. _____ e. _____

Reperc. sobre a nova ida a
estos lugares em 15.
ADM - 15/01/2019
- trauma óptico.

SAPT - Examens Complémentaires

RENAL CISTO SDR TCO SAN SDF URNA ECG **GENTE INSURPADORA SAI.**
PRESCRIÇÃO **APRAZAMENTO** **OBSEVAÇÃO**

4) Differenza def (Eu)

~~dreyeri~~ (~~torquata~~) ~~var.~~

Alla por Ovulação Mínima
 Alla a Peito
 Alla a Reverso

Transferência para: DR. JOSÉ VIEIRA DE MORAES - Juiz e Relator da Subseção Pn. -

Assinatura do Paciente ou Responsável _____ **Carimbo e Assinatura do Médico** _____

Digitado por Isadora
Data: 27/04/2019 08:53:22

MDT
CIRCUIT
CRM/MLA

© 5 252 2008-5492470 / C 8965-3F1D 4370-6042-2H9EA (725) 1-1.html

— — — — —

HOSPITAL GERAL DE ROGAI
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGI
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

ALÉRGIA: NÃO: SIM:



21/4/19

ok

NOME: **Raimundo Norato Ribeiro da Silva**

LEITO: **GT** DATA: **27/04/19**

1 **Disparo** **2/2** **0.8** **1.2** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18** **19** **20** **21** **22** **23** **24** **25** **26** **27** **28** **29** **30** **31** **32** **33** **34** **35** **36** **37** **38** **39** **40** **41** **42** **43** **44** **45** **46** **47** **48** **49** **50** **51** **52** **53** **54** **55** **56** **57** **58** **59** **60** **61** **62** **63** **64** **65** **66** **67** **68** **69** **70** **71** **72** **73** **74** **75** **76** **77** **78** **79** **80** **81** **82** **83** **84** **85** **86** **87** **88** **89** **90** **91** **92** **93** **94** **95** **96** **97** **98** **99** **100** **101** **102** **103** **104** **105** **106** **107** **108** **109** **110** **111** **112** **113** **114** **115** **116** **117** **118** **119** **120** **121** **122** **123** **124** **125** **126** **127** **128** **129** **130** **131** **132** **133** **134** **135** **136** **137** **138** **139** **140** **141** **142** **143** **144** **145** **146** **147** **148** **149** **150** **151** **152** **153** **154** **155** **156** **157** **158** **159** **160** **161** **162** **163** **164** **165** **166** **167** **168** **169** **170** **171** **172** **173** **174** **175** **176** **177** **178** **179** **180** **181** **182** **183** **184** **185** **186** **187** **188** **189** **190** **191** **192** **193** **194** **195** **196** **197** **198** **199** **200** **201** **202** **203** **204** **205** **206** **207** **208** **209** **210** **211** **212** **213** **214** **215** **216** **217** **218** **219** **220** **221** **222** **223** **224** **225** **226** **227** **228** **229** **230** **231** **232** **233** **234** **235** **236** **237** **238** **239** **240** **241** **242** **243** **244** **245** **246** **247** **248** **249** **250** **251** **252** **253** **254** **255** **256** **257** **258** **259** **260** **261** **262** **263** **264** **265** **266** **267** **268** **269** **270** **271** **272** **273** **274** **275** **276** **277** **278** **279** **280** **281** **282** **283** **284** **285** **286** **287** **288** **289** **290** **291** **292** **293** **294** **295** **296** **297** **298** **299** **300** **301** **302** **303** **304** **305** **306** **307** **308** **309** **310** **311** **312** **313** **314** **315** **316** **317** **318** **319** **320** **321** **322** **323** **324** **325** **326** **327** **328** **329** **330** **331** **332** **333** **334** **335** **336** **337** **338** **339** **340** **341** **342** **343** **344** **345** **346** **347** **348** **349** **350** **351** **352** **353** **354** **355** **356** **357** **358** **359** **360** **361** **362** **363** **364** **365** **366** **367** **368** **369** **370** **371** **372** **373** **374** **375** **376** **377** **378** **379** **380** **381** **382** **383** **384** **385** **386** **387** **388** **389** **390** **391** **392** **393** **394** **395** **396** **397** **398** **399** **400** **401** **402** **403** **404** **405** **406** **407** **408** **409** **410** **411** **412** **413** **414** **415** **416** **417** **418** **419** **420** **421** **422** **423** **424** **425** **426** **427** **428** **429** **430** **431** **432** **433** **434** **435** **436** **437** **438** **439** **440** **441** **442** **443** **444** **445** **446** **447** **448** **449** **450** **451** **452** **453** **454** **455** **456** **457** **458** **459** **460** **461** **462** **463** **464** **465** **466** **467** **468** **469** **470** **471** **472** **473** **474** **475** **476** **477** **478** **479** **480** **481** **482** **483** **484** **485** **486** **487** **488** **489** **490** **491** **492** **493** **494** **495** **496** **497** **498** **499** **500** **501** **502** **503** **504** **505** **506** **507** **508** **509** **510** **511** **512** **513** **514** **515** **516** **517** **518** **519** **520** **521** **522** **523** **524** **525** **526** **527** **528** **529** **530** **531** **532** **533** **534** **535** **536** **537** **538** **539** **540** **541** **542** **543** **544** **545** **546** **547** **548** **549** **550** **551** **552** **553** **554** **555** **556** **557** **558** **559** **550** **551** **552** **553** **554** **555** **556** **557** **558** **559** **560** **561** **562** **563** **564** **565** **566** **567** **568** **569** **560** **561** **562** **563** **564** **565** **566** **567** **568** **569** **570** **571** **572** **573** **574** **575** **576** **577** **578** **579** **570** **571** **572** **573** **574** **575** **576** **577** **578** **579** **580** **581** **582** **583** **584** **585** **586** **587** **588** **589** **580** **581** **582** **583** **584** **585** **586** **587** **588** **589** **590** **591** **592** **593** **594** **595** **596** **597** **598** **599** **590** **591** **592** **593** **594** **595** **596** **597** **598** **599** **600** **601** **602** **603** **604** **605** **606** **607** **608** **609** **600** **601** **602** **603** **604** **605** **606** **607** **608** **609** **610** **611** **612** **613** **614** **615** **616** **617** **618** **619** **610** **611** **612** **613** **614** **615** **616** **617** **618** **619** **620** **621** **622** **623** **624** **625** **626** **627** **628** **629** **620** **621** **622** **623** **624** **625** **626** **627** **628** **629** **630** **631** **632** **633** **634** **635** **636** **637** **638** **639** **630** **631** **632** **633** **634** **635** **636** **637** **638** **639** **640** **641** **642** **643** **644** **645** **646** **647** **648** **649** **640** **641** **642** **643** **644** **645** **646** **647** **648** **649** **650** **651** **652** **653** **654** **655** **656** **657** **658** **659** **650** **651** **652** **653** **654** **655** **656** **657** **658** **659** **660** **661** **662** **663** **664** **665** **666** **667** **668** **669** **660** **661** **662** **663** **664** **665** **666** **667** **668** **669** **670** **671** **672** **673** **674** **675** **676** **677** **678** **679** **670** **671** **672** **673** **674** **675** **676** **677** **678** **679** **680** **681** **682** **683** **684** **685** **686** **687** **688** **689** **680** **681** **682** **683** **684** **685** **686** **687** **688** **689** **690** **691** **692** **693** **694** **695** **696** **697** **698** **699** **690** **691** **692** **693** **694** **695** **696** **697** **698** **699** **700** **701** **702** **703** **704** **705** **706** **707** **708** **709** **700** **701** **702** **703** **704** **705** **706** **707** **708** **709** **710** **711** **712** **713** **714** **715** **716** **717** **718** **719** **710** **711** **712** **713** **714** **715** **716** **717** **718** **719** **720** **721** **722** **723** **724** **725** **726** **727** **728** **729** **720** **721** **722** **723** **724** **725** **726** **727** **728** **729** **730** **731** **732** **733** **734** **735** **736** **737** **738** **739** **730** **731** **732** **733** **734** **735** **736** **737** **738** **739** **740** **741** **742** **743** **744** **745** **746** **747** **748** **749** **740** **741** **742** **743** **744** **745** **746** **747** **748** **749** **750** **751** **752** **753** **754** **755** **756** **757** **758** **759** **750** **751** **752** **753** **754** **755** **756** **757** **758** **759** **760** **761** **762** **763** **764** **765** **766** **767** **768** **769** **760** **761** **762** **763** **764** **765** **766** **767** **768** **769** **770** **771** **772** **773** **774** **775** **776** **777** **778** **779** **770** **771** **772** **773** **774** **775** **776** **777** **778** **779** **780** **781** **782** **783** **784** **785** **786** **787** **788** **789** **780** **781** **782** **783** **784** **785** **786** **787** **788** **789** **790** **791** **792** **793** **794** **795** **796** **797** **798** **799** **790** **791** **792** **793** **794** **795** **796** **797** **798** **799** **800** **801** **802** **803** **804** **805** **806** **807** **808** **809** **800** **801** **802** **803** **804** **805** **806** **807** **808** **809** **810** **811** **812** **813** **814** **815** **816** **817** **818** **819** **810** **811** **812** **813** **814** **815** **816** **817** **818** **819** **820** **821** **822** **823** **824** **825** **826** **827** **828** **829** **820** **821** **822** **823** **824** **825** **826** **827** **828** **829** **830** **831** **832** **833** **834** **835** **836** **837** **838** **839** **830** **831** **832** **833** **834** **835** **836** **837** **838** **839** **840** **841** **842** **843** **844** **845** **846** **847** **848** **849** **840** **841** **842** **843** **844** **845** **846** **847** **848** **849** **850** **851** **852** **853** **854** **855** **856** **857** **858** **859** **850** **851** **852** **853** **854** **855** **856** **857** **858** **859** **860** **861** **862** **863** **864** **865** **866** **867** **868** **869** **860** **861** **862** **863** **864** **865** **866** **867** **868** **869** **870** **871** **872** **873** **874** **875** **876** **877** **878** **879** **870** **871** **872** **873** **874** **875** **876** **877** **878** **879** **880** **881** **882** **883** **884** **885** **886** **887** **888** **889** **880** **881** **882** **883** **884** **885** **886** **887** **888** **889** **890** **891** **892** **893** **894** **895** **896** **897** **898**



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA



Descrição de Procedimento

Nome: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Profissional: Dr. MÁRCIO FRÉIRE

Data: 27/04/2019

ÁREA DE ASSINATURA - DIFUSO	CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
06 SET 2019	
GENTE SEGURODORA S/A	
Av. das Américas, 44 - Box 100 - 06510-000	

- 1- Paciente em DDH + Assepsia e Antissepsia.
- 2- Anestesia Local em 5º LIC, na linha axilar média, em hemitórax DIREITO superficial e profunda.
- 3- Incisão respeitando o sentido das costelas em 5º espaço intercostal L.
- 4- Divulsão com Kelly Curve sobre a borda superior da costela inferior, cicatrizando até a cavidade torácica, dissecação sombra com avaliação digital com saída de ar e sangue.
- 5- Passagem de tubo fonoestrado nº 36 em sentido póstero superior.
- 6- Conexão do tubo ao sistema fechado em solo d'água com saída de ar.
- 7- Fixação do tubo à pele com Nylon 1 (ponto em "U") e ponto de segurança com fio Nylon 1.
- 8- Limpeza local e curativo oclusivo.
- 9- Dreno funcionante (oscilante)
- 10- Raio-X de Tórax de controle solicitado.

ÁREA DE ASSINATURA - DIFUSO	CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
10 SET 2019	
GENTE SEGURODORA S/A	
Av. das Américas, 44 - Box 100 - 06510-000	

Dr. Fernando Luiz Marques Ferreira
Cirurgião Ortopedista de
S. Cabeça e Pescoço
CRM-RR: 11042

25/04/13 DR 27/04/2013 12/05/13 BLOCO
Ronaldo Silvano Lopes 672 214-3
27/04/13 27/04/2013 12/05/13 BLOCO
Ronaldo Silvano Lopes 672 214-3

Argente Butcher P. 15X 0

Approaches of research

Das ist ein
großer
Fehler.

Before I withdraw from this meeting, I would like to thank you for your support and for your interest in our project.

10. ¿Estoy satisfecho () 1
11. ¿Soy consciente () 4
12. ¿Me satisface () 4

ÁREA DE BIMINHOS - ENVIAR CONTÉUDO PARA VERIFICAÇÃO

DE SFT 2019 3

© ENTE SEGURIDAD DE LA PIAA

TIPOS DE SINTETICOS - DIVERSOS
QUATRO DADOS VERIFICADOS

10 SET 2019

ESTE SEGURO CORRER

Quem é o autor? Seu nome é... / nome deles. (1)

... *Chloris gayana*, R. & P. & *Thymelaea*

PTX... seg... semis flagras/ un panto de verdad
Reclama. Sonda Vandal. — — — — —

~~Retiro de arena 100 m. C. de la villa 28~~

Demate SUD

Clearone friend. 12. 1/2
mississippi Aug 1

~~Pablo Abrahão Costa~~

330

Raimundo Mafatto

100 ! HOW TO USE !

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



ALIMENTAÇÃO: NÃO. C. SINTÔ

LEVO

210g

BAÍA

3000ml

DIURGIA: CIRURGICO
POME: Raimundo Norberto Ribeiro da Silva

POSSO
de regresso

Dr. Fernando Andrade

DATA: 07/01/19
P. VIDA: livre

AVP

3. Dípirona 3g EV 6/6h

4. Faz. 10mg EV 8/8h

5. Oncectrone 4mg EV 8/8h, se a sensação de fome

6. Tramadol 100mg + SH 0,3g CC 7. 8/8h 5/8h

7. Dexare 40mg 1x/dia

8. Captopril 125mg EV 06/09 18/09 20/09 22/09 24/09

9. Ipratropio regular 0,5mg EV 15/09 com 20ml de espirulina

10. Cetofeno 10mg EV 06/09

11. Abutoranibto 0,5mg EV 06/09 08/09 10/09 12/09

12. SSRI + CCGS

13. Fisioterapeuta: Respiratória

14. Fisioterapeuta: Fisio

15. Fisioterapeuta: Fisio

16. Fisioterapeuta: Fisio

17. Fisioterapeuta: Fisio

18. Fisioterapeuta: Fisio

19. Fisioterapeuta: Fisio

20. Fisioterapeuta: Fisio

21. Fisioterapeuta: Fisio

22. Fisioterapeuta: Fisio

23. Fisioterapeuta: Fisio

24. Fisioterapeuta: Fisio

25. Fisioterapeuta: Fisio

26. Fisioterapeuta: Fisio

27. Fisioterapeuta: Fisio

28. Fisioterapeuta: Fisio

29. Fisioterapeuta: Fisio

30. Fisioterapeuta: Fisio

31. Fisioterapeuta: Fisio

32. Fisioterapeuta: Fisio

33. Fisioterapeuta: Fisio

34. Fisioterapeuta: Fisio

35. Fisioterapeuta: Fisio

36. Fisioterapeuta: Fisio

37. Fisioterapeuta: Fisio

38. Fisioterapeuta: Fisio

39. Fisioterapeuta: Fisio

40. Fisioterapeuta: Fisio

41. Fisioterapeuta: Fisio

42. Fisioterapeuta: Fisio

43. Fisioterapeuta: Fisio

44. Fisioterapeuta: Fisio

45. Fisioterapeuta: Fisio

46. Fisioterapeuta: Fisio

47. Fisioterapeuta: Fisio

48. Fisioterapeuta: Fisio

49. Fisioterapeuta: Fisio

50. Fisioterapeuta: Fisio

51. Fisioterapeuta: Fisio

52. Fisioterapeuta: Fisio

53. Fisioterapeuta: Fisio

54. Fisioterapeuta: Fisio

55. Fisioterapeuta: Fisio

56. Fisioterapeuta: Fisio

57. Fisioterapeuta: Fisio

58. Fisioterapeuta: Fisio

59. Fisioterapeuta: Fisio

60. Fisioterapeuta: Fisio

61. Fisioterapeuta: Fisio

62. Fisioterapeuta: Fisio

63. Fisioterapeuta: Fisio

64. Fisioterapeuta: Fisio

65. Fisioterapeuta: Fisio

66. Fisioterapeuta: Fisio

67. Fisioterapeuta: Fisio

68. Fisioterapeuta: Fisio

69. Fisioterapeuta: Fisio

70. Fisioterapeuta: Fisio

71. Fisioterapeuta: Fisio

72. Fisioterapeuta: Fisio

73. Fisioterapeuta: Fisio

74. Fisioterapeuta: Fisio

75. Fisioterapeuta: Fisio

76. Fisioterapeuta: Fisio

77. Fisioterapeuta: Fisio

78. Fisioterapeuta: Fisio

79. Fisioterapeuta: Fisio

80. Fisioterapeuta: Fisio

81. Fisioterapeuta: Fisio

82. Fisioterapeuta: Fisio

83. Fisioterapeuta: Fisio

84. Fisioterapeuta: Fisio

85. Fisioterapeuta: Fisio

86. Fisioterapeuta: Fisio

87. Fisioterapeuta: Fisio

88. Fisioterapeuta: Fisio

89. Fisioterapeuta: Fisio

90. Fisioterapeuta: Fisio

91. Fisioterapeuta: Fisio

92. Fisioterapeuta: Fisio

93. Fisioterapeuta: Fisio

94. Fisioterapeuta: Fisio

95. Fisioterapeuta: Fisio

96. Fisioterapeuta: Fisio

97. Fisioterapeuta: Fisio

98. Fisioterapeuta: Fisio

99. Fisioterapeuta: Fisio

100. Fisioterapeuta: Fisio

101. Fisioterapeuta: Fisio

102. Fisioterapeuta: Fisio

103. Fisioterapeuta: Fisio

104. Fisioterapeuta: Fisio

105. Fisioterapeuta: Fisio

106. Fisioterapeuta: Fisio

107. Fisioterapeuta: Fisio

108. Fisioterapeuta: Fisio

109. Fisioterapeuta: Fisio

110. Fisioterapeuta: Fisio

111. Fisioterapeuta: Fisio

112. Fisioterapeuta: Fisio

113. Fisioterapeuta: Fisio

114. Fisioterapeuta: Fisio

115. Fisioterapeuta: Fisio

116. Fisioterapeuta: Fisio

117. Fisioterapeuta: Fisio

118. Fisioterapeuta: Fisio

119. Fisioterapeuta: Fisio

120. Fisioterapeuta: Fisio

121. Fisioterapeuta: Fisio

122. Fisioterapeuta: Fisio

123. Fisioterapeuta: Fisio

124. Fisioterapeuta: Fisio

125. Fisioterapeuta: Fisio

126. Fisioterapeuta: Fisio

127. Fisioterapeuta: Fisio

128. Fisioterapeuta: Fisio

129. Fisioterapeuta: Fisio

130. Fisioterapeuta: Fisio

131. Fisioterapeuta: Fisio

132. Fisioterapeuta: Fisio

133. Fisioterapeuta: Fisio

134. Fisioterapeuta: Fisio

135. Fisioterapeuta: Fisio

136. Fisioterapeuta: Fisio

137. Fisioterapeuta: Fisio

138. Fisioterapeuta: Fisio

139. Fisioterapeuta: Fisio

140. Fisioterapeuta: Fisio

141. Fisioterapeuta: Fisio

142. Fisioterapeuta: Fisio

143. Fisioterapeuta: Fisio

144. Fisioterapeuta: Fisio

145. Fisioterapeuta: Fisio

146. Fisioterapeuta: Fisio

147. Fisioterapeuta: Fisio

148. Fisioterapeuta: Fisio

149. Fisioterapeuta: Fisio

150. Fisioterapeuta: Fisio

151. Fisioterapeuta: Fisio

152. Fisioterapeuta: Fisio

153. Fisioterapeuta: Fisio

154. Fisioterapeuta: Fisio

155. Fisioterapeuta: Fisio

156. Fisioterapeuta: Fisio

157. Fisioterapeuta: Fisio

158. Fisioterapeuta: Fisio

159. Fisioterapeuta: Fisio

160. Fisioterapeuta: Fisio

161. Fisioterapeuta: Fisio

162. Fisioterapeuta: Fisio

163. Fisioterapeuta: Fisio

164. Fisioterapeuta: Fisio

165. Fisioterapeuta: Fisio

166. Fisioterapeuta: Fisio

167. Fisioterapeuta: Fisio

168. Fisioterapeuta: Fisio

169. Fisioterapeuta: Fisio

170. Fisioterapeuta: Fisio

171. Fisioterapeuta: Fisio

172. Fisioterapeuta: Fisio

173. Fisioterapeuta: Fisio

174. Fisioterapeuta: Fisio

175. Fisioterapeuta: Fisio

176. Fisioterapeuta: Fisio

177. Fisioterapeuta: Fisio

178. Fisioterapeuta: Fisio

179. Fisioterapeuta: Fisio

180. Fisioterapeuta: Fisio

181. Fisioterapeuta: Fisio

182. Fisioterapeuta: Fisio

183. Fisioterapeuta: Fisio

184. Fisioterapeuta: Fisio

185. Fisioterapeuta: Fisio

186. Fisioterapeuta: Fisio

187. Fisioterapeuta: Fisio

188. Fisioterapeuta: Fisio

189. Fisioterapeuta: Fisio

190. Fisioterapeuta: Fisio

191. Fisioterapeuta: Fisio

192. Fisioterapeuta: Fisio

193. Fisioterapeuta: Fisio

194. Fisioterapeuta: Fisio

195. Fisioterapeuta: Fisio

196. Fisioterapeuta: Fisio

197. Fisioterapeuta: Fisio

198. Fisioterapeuta: Fisio

199. Fisioterapeuta: Fisio

200. Fisioterapeuta: Fisio

201. Fisioterapeuta: Fisio

202. Fisioterapeuta: Fisio

203. Fisioterapeuta: Fisio

204. Fisioterapeuta: Fisio

205. Fisioterapeuta: Fisio

206. Fisioterapeuta: Fisio

207. Fisioterapeuta: Fisio

208. Fisioterapeuta: Fisio

209. Fisioterapeuta: Fisio

210. Fisioterapeuta: Fisio

211. Fisioterapeuta: Fisio

212. Fisioterapeuta: Fisio

213. Fisioterapeuta: Fisio

214. Fisioterapeuta: Fisio

215. Fisioterapeuta: Fisio

216. Fisioterapeuta: Fisio

217. Fisioterapeuta: Fisio

218. Fisioterapeuta: Fisio

219. Fisioterapeuta: Fisio

220. Fisioterapeuta: Fisio



BLOCOS E PAAR

Nome: Raimundo Henrique Ribeiro

Idade: 67 Sexo: M() F() Leito: 234-1 Diagnóstico: Hemorragia subaracnóidea

D

30/04/19

MANHÃ

Profissional:

TARDE

30/04/19 - P.t. encontra-se orientado, colaborativo, em repouso e com anamnese AP-MV(+) na base A14 TX D23 R. Ausc de pulmões de crepito exalante com dígitos sibilantes. ADMs preservadas, hemorragia com auscultação rufina, dor nas pernas e de membros (sic). Foi submetida a fisioterapia motora e respiratória. Sem intercorrências.

Profissional:

4409575

MANHÃ

Profissional:

TARDE

01/05/19 - P.t. submetida a fisioterapia na área respiratória. Sem intercorrências.

Profissional:

Edilane Souza Ferreira
Fisioterapeuta
CREF/RR 0057-7

Tratamento de Fazitão - Paciente: Raimundo Jânio Ribeiro - Data: 20/01/2015
 Fazitão: Nélio

Localização	Região	Localização	Região
<input checked="" type="checkbox"/> Fazitão	<input checked="" type="checkbox"/> I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> Grau I ()	<input checked="" type="checkbox"/> II ()
<input checked="" type="checkbox"/> LPP II () IV ()	<input checked="" type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () UAM () Vascular	<input checked="" type="checkbox"/> LPP II () III () IV ()	<input checked="" type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () Dá () Vascular
<input checked="" type="checkbox"/> Trauma ()	<input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo () Artropedia	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma ()	<input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo () Artropedia
<input checked="" type="checkbox"/> Outro		<input checked="" type="checkbox"/> Outro	
<input checked="" type="checkbox"/> Apresentação	<input checked="" type="checkbox"/> Neoplasia/Amarela/Negra () Fissões () Glaciolização () Epiteliação	<input checked="" type="checkbox"/> Neoplasia/Amarela/Negra () Estadio () Granulização () Epiteliação	
<input checked="" type="checkbox"/> Lesão	<input checked="" type="checkbox"/> Ferida Fechada () Frenos/Sonda () Outros	<input checked="" type="checkbox"/> Ferida Fechada () Frenos/Sonda () Outros	
<input checked="" type="checkbox"/> Pós-Operatório	<input checked="" type="checkbox"/> Aberto () Maceração () Iresa () Eritema / Rubor () Outro	<input checked="" type="checkbox"/> Norma () Melorado () Iresa () Eritema / Rubor () Outro	
<input checked="" type="checkbox"/> Tipo de Fazitão	<input checked="" type="checkbox"/> Proliferativo () Seroso () Sanguinolento () Serossanguinolento () Seco () Quente	<input checked="" type="checkbox"/> Furtado () Secoso () Sanguinolento () Serossanguinolento () Seco () Quente	
<input checked="" type="checkbox"/> Localização	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado () Unido () Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado () Unido () Seco	
<input checked="" type="checkbox"/> Quantidade de	<input checked="" type="checkbox"/> Seco Fisiológico 0,5% () Crotônica 2% () Ácido 10% () Seco Fisiológico 0,9% () Crotônica 2% () Ácido 70%		
<input checked="" type="checkbox"/> Jurosaria	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colágeno/Fibrinolise () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro		
<input checked="" type="checkbox"/> Cebolaria	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colágeno/Fibrinolise () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro		
<input checked="" type="checkbox"/> primitiva	<input checked="" type="checkbox"/> Outro		
<input checked="" type="checkbox"/> Troca	<input checked="" type="checkbox"/> 12/12 () Diártico () 48/48h	<input checked="" type="checkbox"/> 12/2 () Diártico () 48/48h	
<input checked="" type="checkbox"/> Profissional que realizou o procedimento:	<input checked="" type="checkbox"/> Kimpfouf, Edil G. () 		
<input checked="" type="checkbox"/> Observações			



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIAS
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



CIRUGIA GENERAL

NOME _____ Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

AVANÇO SIM NÃO

01/05/19

2. Sobre o artigo livre
2.1. AVP

3	Dipotiora 10 EV 5/6h	
4	oxali 10 mg EV 8/8h	
5	Ondasaltrona 4mg EV 8/8h, se ausência de Plas	
6	Ironal 100mg - 5g 0,5% 200 ml 8/8h 5/N	
7	Glexane 40mg 1/2/2	
8	Castanha 125 mg vo sc P4S 2 150mg - 40% OJFA 3/2 10m-1L	
9	750mg Regutar e/du 5 150% conforme esquema	
10	Corticoide Dárc	
11	Tratoterapia Respiratória	
12	ANOTAR DÉBITO E ASPECTO DO DRENAGEM	

Hora

Rainha da Noite - Rábeno da Serra

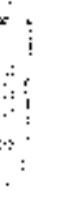
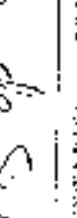
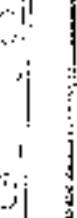
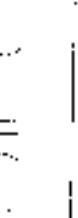
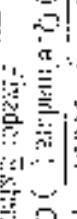
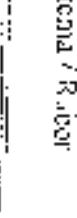
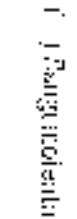
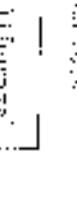
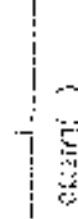
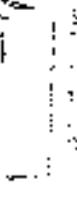
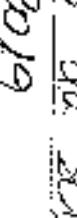
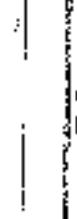
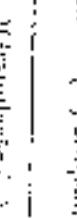
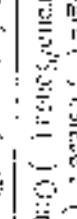
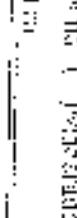
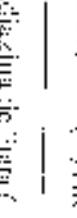
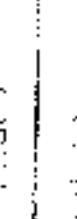
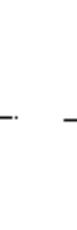
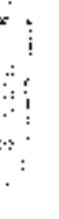
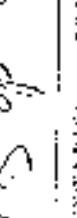
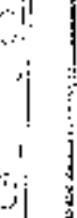
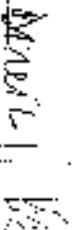
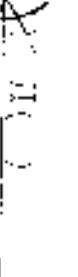
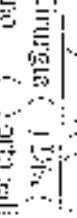
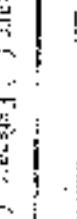
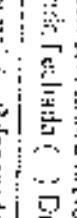
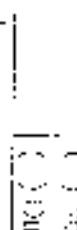
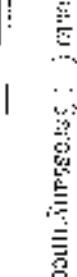
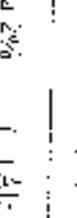
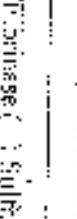
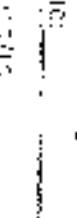
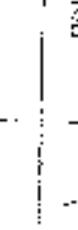
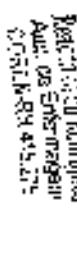
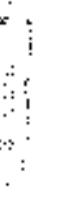
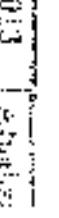
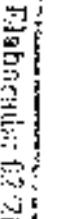
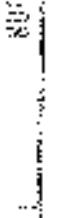
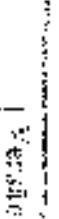
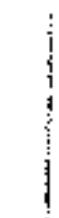
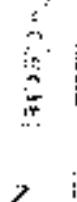
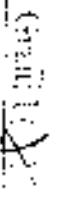
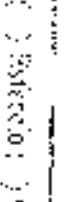
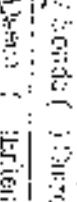
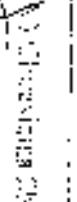
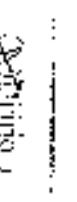
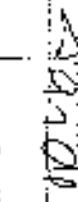
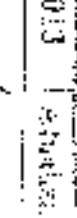
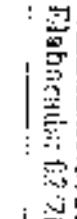
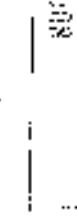
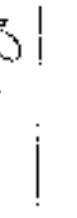
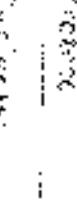
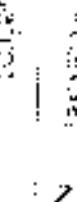
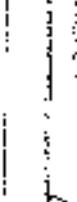
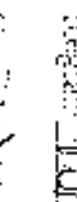
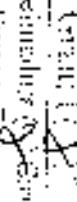
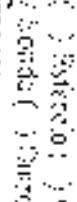
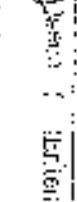
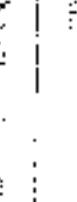
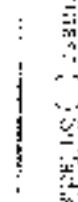
01/05/2019

214

Introdução

Rugido

Enterite





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

ALÉRGICO: NÃO: SIM:

NOME: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

LEITO: 214-1

DATA: 02/05/19

SN

HO

Pelitauira I

Walter

criopneumotórax

Dr. Fernando André

12-18-24-08

22-08

2019

SN

ER

Antecipação

SN

ER

Antecipação

ER

ER

Antecipação

ER

ER

Antecipação

SN

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

SN

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

SN

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

SN

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

SN

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

SN

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

SN

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

SN

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

SN

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

SN

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

SN

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

SN

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

SN

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

Antecipação

ER

SN

ER

Antecipação

EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

DATA: 02/05/2015	DI/HER: 02/05/15	DN: 21/11/51	ÁREA: Bloco 3
NOME: Raimundo Andrei			
DATA DA CIRURGIA: 02/05/2015	CRM: 00000000	DATA:	REGO: 2131
MÉDICO PRAELEITOR: Fernando Andrei		MÉDICO RESIDENTE:	
Residente Automóvel - Motorista			

Diagnósticos:

trauma em torax

Dispositivos:

Antimicrobianos:

SMC:

Anal.

Frequência:

Endo de Vaca:

Internado: 00000000

OU: 0000

(+) paciente com queixas, naite sem intercorrências. Clínica: febre e suspeição de pneumonia, dor, febre, diarreia

(+) O. (+) Fornelos com infusão de sangue e plasma, clareamento da urina, desidratação, alterações de pressão arterial, febre, dor, diarreia

Exame Físico: PFG (X) PFG () MEC () / Anti-brônquico () / 44 m. e. d.

Histórico: (X) ou Desidratação () / () / () ou Desorientação ()

Coração (X) ou Hipocorato () / () / Adenectose () ou Chorótico () / -4

Ap. Cardiovascular

(X) RCP (), BCP, sem Sopros

() Outros:

() DVA? Quais:

Ap. Respiratório

() MV bilateral, sem Ruídos Advertidos

(X) Outros: PAV + bilateral, pele desidratada reduzida de pele

ASD:

() Fáscia, sem via cronicamente, indolor, R-A

(X) Outros: Respiração, pele, lips, limpidez, medula R-H P

Ext:

(X) Pcox, perfusão periférica (< 35% Ausculta:なし edemas; Pectenilhas:なし

() Outros:

(X) melhorar nas cessar de HIV o paciente é mais resistente que o restante

TO:

PROGRAMAÇÃO:

CD:

EXAMES - DATA: / /19

Dr. Turino Bonifácio
Médico Residente
Médico de Plantão
Cirurgia Geral

GB	CV	HE	HT	PLT
LR	CR	TEG	TGP	30
SI	BT	FA	GGT	TAM
000 MR	TPA	GLIC	AMU	LIP

ESTAMPA DA MUNDO NOVATO DIBERRO

BOSTON, MASS.

Russia TOLEXO

232

G. S. BURGESS AND J. R. HARRIS / *Journal of Macroeconomics* 26 (2004) 113–145

ESTRUTURA

卷之三

卷之三

100

卷之三

卷之二

卷之三

- 17 -

Case 1: College student from the USA. English Proficiency: Intermediate

13

卷之三

Progress in the
use of

* 1

卷之三



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

DATA	EVOLUÇÃO
12/05/19	Paciente <u>Flávia</u> <u>Donato</u> <u>Ribeiro da Silva</u> , sexo masculino, 67 anos, <u>DI</u> <u>N</u> <u>2.7/04/19</u> , <u>Pupilas</u> <u>isocirculares</u> , <u>laringe</u> <u>presente</u> <u>de</u> <u>choro</u> <u>em</u> <u>episódios</u> <u>ocasionais</u> , <u>tosse</u> <u>borbulhante</u> <u>com</u> <u>sangramento</u> <u>intermitente</u> <u>em</u> <u>debito</u> <u>de</u> <u>150</u> <u>ml</u> , <u>AVD</u> <u>em</u> <u>100</u> <u>ml</u> , <u>ausculta</u> <u>cordo</u> , <u>respiratória</u> , <u>expansão</u> <u>6</u> <u>A.A.</u> , <u>respiração</u> <u>em</u> <u>anormal</u> , <u>tosse</u> <u>respiratória</u> , <u>expansibilidade</u> <u>e</u> <u>inspiratória</u> <u>disminuída</u> <u>em</u> <u>H78D</u> , <u>sem</u> <u>desconforto</u> <u>respiratório</u> , <u>sem</u> <u>tosse</u> , <u>AP</u> - <u>MV</u> <u>diminuído</u> <u>em</u> <u>H78D</u> <u>em</u> <u>base</u> <u>com</u> <u>PA</u> <u>normotensiva</u> , <u>normofebril</u> , <u>ADM</u> <u>restrita</u> <u>com</u> <u>MMS</u> <u>2</u> . Força <u>respiratória</u> <u>preservada</u> , <u>sem</u> <u>passagem</u> <u>de</u> <u>estertor</u> <u>para</u> <u>presença</u> <u>de</u> <u>expiração</u> <u>lenta</u> <u>com</u> <u>resonância</u> <u>2</u> . <u>Conduito</u> <u>fisioterapeuta</u> <u>Exercícios</u> <u>de</u> <u>Expansão</u> <u>pulmonar</u> <u>Alívio</u> <u>com</u> <u>inspiração</u> <u>expiração</u> , <u>exercícios</u> <u>de</u> <u>auspiração</u> <u>com</u> <u>expiração</u> <u>em</u> <u>lateral</u> <u>respiração</u> <u>em</u> <u>lateral</u> . <u>SGVY</u> <u>anterior</u> - <u>T</u> = <u>37°C</u> <u>FC</u> = <u>80 bpm</u> <u>FR</u> = <u>24 bpm</u> <u>PA</u> = <u>12/8</u> <u>SGVY</u> <u>posterior</u> - <u>T</u> = <u>37°C</u> <u>FC</u> = <u>90 bpm</u> <u>FR</u> = <u>26 bpm</u> <u>PA</u> = <u>12/9</u> <u>Acadêmica</u> : <u>Ugo</u> <u>Viana</u> <u>RA</u> <u>346662</u> . <u>AN</u> <p>Ananda Carla Oliveira Rodrigues Fisioterapeuta CRFITO 12/263302-F</p>



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

ALERGIA: NÃO: ○ SINT. ○



CIRURGIA GERAL

NOME Raimundo Nonato Ribeiro da Silva

LEITO 214-1

DATA 03/05/19

Pelitrauma +

1. Dieta oral livre 2x200ml

SAU

hantopneumotórax
Dr. Fernando André

2. Álcool

3. Diprofene 10 mg EV 8/8h S/N

4. Plastil 10 mg EV 8/8h S/N

5. Ondasgelona 4mg EV 8/8h, se ausência de Plastil

6. Iramal 100mg + S: 0,5% 100 ml 8/8h S/N

7. Cetoxine 40mg s/ev se cicatrizar éculo local antes o apósi

8. Captorol 75 mg vo se PMS > 162 mmHg / OUPAD > 140 mmHg

9. Insulina Regulada ou GH 50% conforme esquema

10. Carabex Diártico 500mg s/ev 3x dia

11. Fisioterapia Respiratória

12. ANOTAR HORÁRIO E ASPECTO DO PARENTE IN/OUT SSW+CCGE

Anotações da Enfermagem

13. Exames

14. Medicamentos

15. Procedimentos

16. Consultas

17. Outros

18. Observações

19. Assinatura

SINAIS VITais

12h: 37,3

18h: 37,3

24h: 37,3

05h: 37,3

09h: 37,3

13h: 37,3

17h: 37,3

21h: 37,3

23h: 37,3

01h: 37,3

05h: 37,3

DIEXTO

Glucosa 500g ev m

Insulina Regulada

50 UI - SC

HORA

05h

09h

13h

17h

21h

23h

01h

05h

09h

13h

DIEXTO

10 UI - SC

INSULINA

50 UI - SC

Coleta de Exames HGR

Dia 04/05/19

Coleta



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

DATA

05/02/14 214.5

EVOLUÇÃO

Aprendizagem ao paciente Francisco Henrique Ribeiro da Silva, sexo masculino, 67 anos, DR - 27/04/2012, com Problema: perda de memória, com status de fato com tipo moderado de demência. No caso, havia perda em 45%, Duração: 100% do dia de manhã com perdas progressivamente, memória excelente e não houve perda de cognição, organização, concentração, memória, atenção, memória sensorial, A. S. L., com base, perda em etapa final em 45% e memória em 45% AD - 100% e em Fase 1, tipo moderado de 45% e ausente em base de 45%, perda motora, memória auditiva. A. S. A. restrita em tempo de 45% com perda progressiva, perda de cognição em 45% e perda de memória progressiva. Sintomas de organização perdem-se em tempos progressivos e impulsionando perda de cognição de 45% S. E. V. final - 45% FC - 45% FR - 45% 1:376 S. E. V. final - PA - 45% FC - 45% FR - 45% 1:376 Vídeo RA - 34460

Andrade Corrêa Neto Rodrigues
Fisioterapeuta
CREFI 12/263302-P



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que a Sr. RAIMUNDO Nonato Ribeiro da Silva deu entrada no dia 27/04/2019 no serviço de cirurgia geral do Hospital Geral de Roraima e recebe alta hoje dia 04/05/2019 pelo serviço da Cirurgia Geral do HGR, devendo ficar afastado de suas atividades laborais por 30 (trinta) dias.

ANSA DE AGUSTINOS - REVAT
CONTENIDO AL DIA VERIFICADO
06 SET 2019
CENTE SEGURADORA S/A
CNPJ 00.000.000/0001-00

ÁREA DE SHIESTROS - DIVAT
COMENDO NAO VERIFICADO



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

SERVÍCIO INTEGRADO DE CIRURGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME: RAIMUNDO NONATO RIBIRO DA SILVA

DATA DA INGRESSO: 27/04/2019

DATA DA ALTA: 01/05/2019

CIRURGIA: CRENO DE TORAX A DIREITA

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: DR FERNANDO ANDRE

ÁREA DE SINISTROS - DENTR
DENTRO NÃO VERIFICADO

05 SET 2019

ENTE SEGURO: SIA
CNPJ: 00000000000000000000

DIAGNÓSTICO:

Trânsito torácico - Hemopneumotórax direito + fratura de clavícula D-fratura de arcos

TRATAMENTO:

Toracotomia em seio d'água + suprimento clínico durante.

EVOLUÇÃO:

Evolução sem intercorrências, queixando de dor em clavícula e em quadri, aceitando beber dia, boa durabilidade, fatores.

ORIENTAÇÃO:

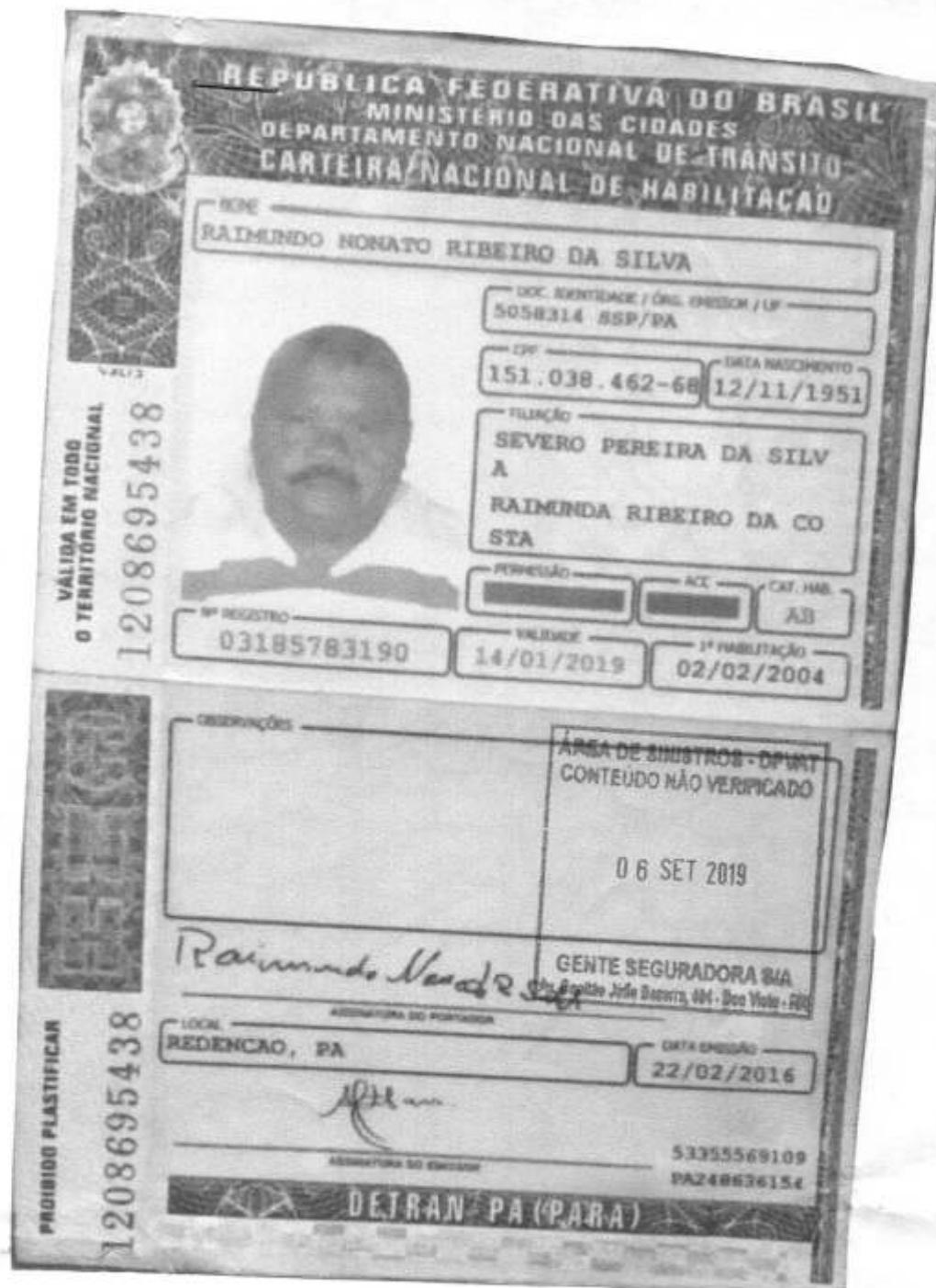
- 1- Retornar ao pronto socorro se intercorrências (por exemplo: falta de ar, febre, dor forte, vômitos, diarreia)
- 2- Dieta liberalizada (alimentação normal)
- 3- Lavar a ferida operatória (curtos) com água e sabão/saponete e manter limpa e seca.
- 4- Retirar os pontos com 10 dias no posto de saúde.

ÁREA DE SINISTROS - DENTR
DENTRO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

Dr. JUNIOR PINTOS FERREIRA
Médico responsável
Boa Vista-RR, 4 de maio, 2019

ENTE SEGURO: SIA
CNPJ: 00000000000000000000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NAME
DENILZE CORREA DANTAS



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/REF
3142655 SSP RR

CPF
792.657.152-00 DATA NASCIMENTO
08/03/1979

PAI/MAE
JOSE DE SOUZA CORREA

EVANGELINA LOBATO DA
SILVA

PERMISSÃO
ACC CAT/MBR-
B

Nº REGISTRO
04953412311

VALIDADE
20/08/2019

HABILITAÇÃO
31/05/2010

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

905314502

OBSERVAÇÕES

Denilze Correa Dantas

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
25/08/2014

59564648026
RR207683212

Denilze Correa Dantas
Dir. Portador
DETAN RR

ASSINATURA DO EMISSOR

DETAN RR (RORAIMA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROVISÓRIO PLASTIFICAR

905314502

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cidade Júlio Brant, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Cidade Júlio Brant, 404 - Boa Vista - RR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313160/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

CPF: 151.038.462-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO
RIBEIRO DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA : 151.038.462-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

DENILZE CORREA DANTAS

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681235 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS DIREITOS.

Descrição do exame APRESENTA CICATRIZ DA DRENAGEM EM FACE LATERAL DO TÓRAX, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM CLAVÍCULA
físico: DIREITA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS DIREITOS, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO PARA A FRATURA DA CLAVÍCULA, DRENAGEM TORÁCICA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681235 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO TORÁCICO (HEMOPNEUMOTRÁX À DIREITA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM). P.4 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: % SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681235 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO TORÁCICO (HEMOPNEUMOTRÁX À DIREITA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM). P.4 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: % SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Viúvo
PROFISSÃO: Pideiro RG: 505831-4 SSP/PA
CPF: 151.038.462-68
ENDEREÇO: R. Edmílson José Costa, 738 B: Equatorial
VÍTIMA: Raimundo Nonato Ribeiro da Silva
CPF: 151.038.462-68 DATA DO ACIDENTE: 27/10/19
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RCPF: 792.657.152-00
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2748 BAIRRO: LIBERDADE



PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista, RR - de 05 Julho de 2019.



Raimundo Nonato Ribeiro da Silva
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL
AO VITÓRIO
122910-511310662h2
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"RAMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA"

Em testemunho da verdade, SSP
De que sou fã. Boa Vista/RR, 08 de junho de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portaldelitor.com.br
RECFT1562966406JVA1T7UTFT427

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos/ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 4,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313160/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

CPF: 151.038.462-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DENILZE CORREA DANTAS : 792.657.152-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA : 151.038.462-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: DENILZE CORREA DANTAS
CPF: 792.657.152-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

DENILZE CORREA DANTAS

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681235 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS DIREITOS.

Descrição do exame APRESENTA CICATRIZ DA DRENAGEM EM FACE LATERAL DO TÓRAX, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM CLAVÍCULA
físico: DIREITA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DA CLAVÍCULA E ARCOS COSTAIS DIREITOS, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO PARA A FRATURA DA CLAVÍCULA, DRENAGEM TORÁCICA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/01/2020

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190681235
Nome do(a) Examinado(a):	RAIMUNDO NONATO RIBEIRO DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA EDMILSON JOSÉ DA COSTA 738 EQUATORIAL
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	151.038.462-68
Data e local do acidente:	27/04/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 06/01/2020

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/ANIMAL COM FRATURA DE CLAVICULA D + COSTELAS D

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DA CLAVÍCULA + DRENAGEM TORÁCICA; FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

OMBRO D: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM CLAVICULA D COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ELEVAÇÃO

TÓRAX D: PRESENÇA DE CICATRIZ DE DRENAGEM EM FACE LATERAL D, SEM ALTERAÇÃO ANATOMO FUNCIONAL LOCAL

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

OMBRO D: ALTERAÇÃO ANATOMO FUNCIONAL MODERADA

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): OMBRO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.


Dr. Regina Claudia Reboucas MenDES AlHO
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR